

PAGO DE MARCHAMO 2024

Nombre del Asociado: _____

No. de Cédula: _____

No. de Celular: _____ **Correo Electrónico:** _____

DATOS DEL VEHICULO

Nombre del dueño registral _____

No. Placa Vehículo: _____ No. Placa Motocicleta: _____

Monto a cancelar: ₡ _____

En caso de que desee agregar Seguros Autoexpedibles, indíquelos _____

Por este medio autorizo a ASDECITI a rebajar por medio de planilla de Citi la suma de _____ equivalente al pago de Marchamo, por un plazo de _____ (máximo 24 quincenas).

Firma del Solicitante (o nombre completo)